

様式第5号（第7条関係）

森町経営継続給付金請求書

金 100,000 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により給付金の交付の決定を受けた森町経営継続給付金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

森町長 太田康雄 様

日付は空欄としてください

住所・法人名・氏名・電話番号等を
記入し押印をしてください。

住 所	
事業所名・法人名	
氏名・代表者名	印
電話番号	

振込先口座 ※申請者名義の口座に限ります。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号（右詰め）			
銀行 金庫 信組 信連 農協 漁連	本・支店 本・支所 出張所	1 普通	口座名義人（フリガナ）			
		2 当座				

振込を希望される口座の金融機関、口座番号、口座名義人等をご記入ください。
なお、迅速に給付金のお支払いをするため、請求書は申請書提出時に一緒にご提出をお願いいたします。